

ЖІНОЧИЙ ЛІКАР™

Науково-практичне видання для практикуючих лікарів



№4 (60) липень-серпень 2015

Рік заснування • 2005

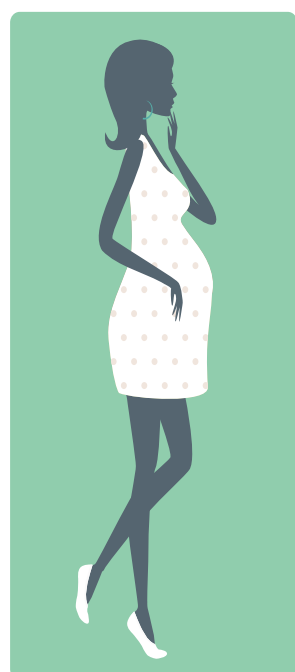
9 із 10 ЖІНОК

ПРИЙМАЮТЬ ЛІКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ[†]



5,4 МЛН ВАГІТНОСТЕЙ

ЩОРОКУ ПЕРЕБІГАЮТЬ ПІД ВПЛИВОМ
МЕДИКАМЕНТОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ[†]



Прийом деяких ліків може спричинити[†]:



Вроджені вади



Загибель плода



Невиношування
вагітності



Затримку психічного розвитку дитини



Недоношеність



Крім того, взаємодія багатьох ліків
під час вагітності невідома



Можливі шляхи вирішення проблеми[†]:



Проведення клінічних досліджень ефектів медикаментозних засобів під час вагітності



Надійні керівництва: безперервний процес оцінки нових доказових даних і своєчасне їх внесення до клінічних настанов



Прийняття обґрунтованих рішень: забезпечення надійною і достовірною інформацією лікарів, фармацевтів і пацієнтів



Тільки якісна інформація для успішного лікаря!



www.z-l.com.ua

Події Практичний лекторій
«Невідкладні стани в акушерстві»

Огляди Рак і вагітність

Клінічна лекція Лейоміома матки

Міжнародні рекомендації Межа життєздатності плода — клінічна тактика

Досвід колег Пологи за шийково-перешийковою лейоміомою матки

ЖІНОЧИЙ ЛІКАР™



№4 (60)
липень–серпень 2015

9 із 10 ЖІНОК

ПРИЙМАЮТЬ ЛІКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ*



Зміст

ПОДІЇ

- Практичний лекторій
«Невідкладні стани в акушерстві» (продовження) **6**

КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ

- С.И. Жук*
Алгоритмы оказания помощи
при аномальных маточных кровотечениях **22**

- Ю.А. Дубоссарская, З.М. Дубоссарская*
Лейомиома матки: патогенетическое обоснование
дифференцированной тактики лечения (Часть I) **31**

- А.А. Падалко, В.В. Мехедко, О.А. Халанська, О.Ю. Падалко*
Набряк легенів під час вагітності, ускладненої прееклампсією **36**

У СВІТІ ЛІКІВ

- Т.А. Струк*
Забота о здоровье женщин — профессиональный вклад
в «физиологию» предстоящей менопаузы **40**

ДОСВІД КОЛЕГ

- О.В. Голяновський, М.В. Хіменко, А.М. Рубінштейн, М.А. Бачинська*
Медикаментозна терапія геморагічних ускладнень за розродження
вагітної із шийково-перешийковою лейоміомою матки **47**

ОГЛЯДИ

- В. Паукер*
Онкологічні захворювання і вагітність **52**

- П.Н. Веропотвелян, И.С. Цехмистренко, Н.П. Веропотвелян,
С.А. Журавлева, И.В. Гужевская, И.Н. Пухальская*
Современная концепция рецидивирования кандидоза —
молекулярно-генетические аспекты **56**

ТОЧКА ЗОРУ

- М.В. Майоров*
Больной, врач, провизор: триумвират союзников
или треугольник конфликтов? **62**

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Видання Королівського коледжу акушерів і гінекологів
Великобританії «Ведення вагітних у терміні гестації
на межі життєздатності плода» **64**

му місці, васкуляризація зіставлених країв буде значно більшою, ніж у випадку розрізу на рівні гістологічного внутрішнього вічка, де відсоток м'язової тканини під час вагітності є значно меншим (у 2 рази, 15 і 30%, відповідно).

Отже, при неспроможності НС спостерігається «німий» тип активності НС, підвищені показники резистентності кровообігу судин матки в нижньому сегменті при доплерометрії і симптом «провалювання» голівки плода у переднє склепіння піхви. Це означає дисоціацію між високою реактивністю матки і «недостатньою зрілою»/«незрілою» шийкою матки.

Наш клінічний досвід дозволив дійти таких висновків:

- у прогностичному плані ми вважаємо більш значущою не стільки категорію «спроможності рубця»,

скільки категорію «спроможності нижнього сегмента» матки,

- стан НС «оперованої матки», на наш погляд, є вирішальним клінічним фактором, що визначає можливість вагінальних пологів,
- стан НС залежить від декількох факторів. До них, окрім добре відомих (васкуляризація, спосіб зашивання, що забезпечує кооптацію країв, мускуляризація, шовний матеріал), належить генетичний фактор — вроджена «слабкість» сполучної тканини.

Результати пологів у жінок із післяопераційним рубцем на матці наведено на рисунку 5.

У розвинених країнах не прийнято обмежувати репродуктивну функцію жінок після КР. У зв'язку з цим важливу роль відіграє максимально удосконалена технологія виконання КР. При ній застосовують окремі шви на матку «far-

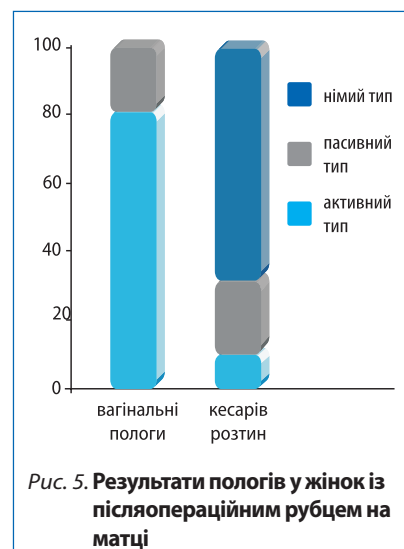


Рис. 5. Результати пологів у жінок із післяопераційним рубцем на матці

near–near–far» (модифікація 8-подібного шва з орієнтацією у вертикальній площині) і електрохірургічні методи широкопозової радіохвильової хірургії та аргонно-плазменної коагуляції.

Матеріали форуму (продовження)

Доповідь: «Хронічна артеріальна гіпертензія та її ускладнення у вагітних»



Ю.О. Дубоссарська,
Кафедра акушерства,
гінекології і перинатології
факультету після-
дипломної освіти
Дніпропетровської
державної медичної
академії

Перебіг такої серйозної недуги, як артеріальна гіпертензія (АГ), суттєво відрізняється у вагітних порівняно з невагітними жінками. Щодо діагностики АГ у неакушерських пацієнток, то відповідно до нормативних документів для постановки такого діагнозу лікарю терапевту чи кардіологу відводиться період протягом одного місяця для моніторингу артеріального тиску (АТ). Діагноз АГ підтверджується у разі, якщо протягом цього періоду рівень АТ перевищить 140/90 мм рт. ст. 2–3 рази.

Лікар акушер-гінеколог перебуває в інших умовах і має значно менше часу, аби визначитися з діагнозом АГ у вагітної — до 4 годин максимум! Тобто, якщо у вагітної двічі вимірю-

вали АТ з інтервалом 4 години і отримали результат $\geq 140/90$ мм рт. ст., або АТ один раз мав значення $\geq 160/110$ мм рт. ст., то вже можна поставити такий серйозний діагноз, як АГ вагітної.

Нормативна база щодо ведення вагітних з АГ досить широка. Розглянемо українські та європейські документи. Основними з них є: Наказ МОЗ України № 676 (2004), в якому йдеться про гіпертензивні порушення у вагітних; Наказ МОЗ № 417 (2011) про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної служби; рекомендації Європейського товариства кардіологів (2011) з ведення вагітних із серцево-судинними захворюваннями; рекомендації ВООЗ (2011) з профілактики і лікування прееклампсії та еклампсії; Наказ МОЗ № 384 (2012), що містить уніфікований протокол ведення хворих на АГ для всіх спеціальностей і адаптоване клінічне керівництво, де є окремий розділ про АГ у вагітних; рекомендації Європейської асоціації кардіологів з ведення вагітних з АГ (2013);

Наказ МОЗ України № 1028 (2014) «Про медичне застосування деяких видів антигіпертензивних лікарських засобів».

Тему артеріальної гіпертензії вагітних розглянемо динамічно, на прикладі клінічного випадку, проаналізувавши тактику ведення вагітності, методи діагностики і лікування, а також клінічні результати.

Отже, до Дніпропетровського обласного перинатального центру поступила вагітна 46 років у терміні гестації 37 тижнів, дана вагітність настала після застосування програми допоміжних репродуктивних технологій. В акушерському анамнезі — один медичний і один мимовільний аборт, без ускладнень. Перша спроба запліднення ін вітро була вдалою, настала вагітність двійнею, проте один із плодів завмер у терміні до 12 тижнів. У гінекологічному анамнезі пацієнтки — операція за рік до вагітності з приводу множинної лейоміомі тіла матки — консервативна міомектомія. Жінка протягом усього





терміну вагітності приймала препарат мікронізованого прогестерону.

Щодо соматичного анамнезу пацієнтки, то до вагітності протягом останніх 10 років мали місце періодичні підйоми АТ з максимальним значенням 140/100 мм рт. ст. Жодних спеціальних обстежень і лікування пацієнтка не отримувала. Крім того, індекс маси тіла до настання вагітності становив 42 кг/м² (ожиріння III ступеня). Під час прегравідарної підготовки у жінки виявлено аутоімунний тиреоїдит, який було компенсовано медикаментозно препаратами L-тироксину і йодомарину. Жінка мала 20-річний стаж паління і, як результат, — хронічне обструктивне захворювання легенів і легенеvu недостатність. Щодо сімейного анамнезу пацієнтки, то її мати страждала на АГ III стадії, перенесла інсульт і хворіла на цукровий діабет 2-го типу.

Відповідно до класифікації гіпертензивних порушень у вагітних Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду АГ поділяється на:

- хронічну (виявляється до настання або до 20 тижнів вагітності),
- гестаційну (виявляється після 20 тижнів вагітності),
- прееклампсію (поєднання у вагітної АГ із протеїнурією),
- еклампсію (долучаються судомні напади),
- поєднану прееклампсію (поява протеїнурії після 20 тижнів вагітності на фоні хронічної АГ),
- неуточнену АГ, коли невідомо, який АТ був у жінки до 20 тижня вагітності.

Враховуючи, що наша пацієнтка мала 10-річний анамнез підвищення АТ, було поставлено діагноз хронічної АГ.

Проте при формулюванні діагнозу важливо з'ясувати **стадію** АГ. Звернімося до документів: Наказу МОЗ № 676 і уніфікованого протоколу (для лікарів усіх спеціальностей) ведення хворих на АГ, в якому було внесено зміни щодо діагностики II і III стадій хвороби. Тож, **I стадію АГ** мають пацієнти без об'єктивного органічного ураження органів-мішеней. За **II стадії АГ** відсутні клінічні прояви, проте наявні органічні ураження, що визначаються шляхом проведення

спеціальних досліджень. Вивчають стан серця (електро- і ехокардіографія для діагностики гіпертрофії лівого шлуночка), органів зору (генералізоване чи фокальне звуження сітківки), нирок (мікроальбумінурія або протеїнурія, збільшення концентрації креатиніну). Тут у документах мають місце певні різночитання: у Наказі МОЗ №676 (для акушерів-гінекологів) рівень креатиніну для діагностики II стадії АГ відповідає 157 мкмоль/л, проте за новими даними (уніфікований протокол), він повинен становити 107–124 мкмоль/л. Ще одним видом уражень при АГ є ураження сонних артерій. Для вивчення їх стану проводять доплерометрію. Якщо має місце потовщення комплексу інтима-медіа і наявність атеросклеротичних бляшок, виставляють II стадію АГ. **III стадія АГ** також проявляється органічними ураженнями органів-мішеней, транзиторними ішемічними атаками, крововиливами у сітківку та ураженнями нирок, коли рівень креатиніну перевищує 124 мкмоль/л. Крім того, може мати місце розшаровуюча аневризма аорти та оклюзійне ураження периферичних артерій.

У нашої пацієнтки завдяки ехокардіографії діагностовано гіпертрофію лівого шлуночка, а при огляді очного дна виявлено звуження артерій сітківки, таким чином визначено II стадію АГ.

Наступним кроком діагностики АГ є визначення її **ступеня** за рівнем АТ. Як відомо, виділяють три ступені АГ залежно від рівня АТ: м'який, помірний і тяжкий. Окремо виділяють ізольовану систолічну АГ. Починаючи від 2012 р., визначають ступінь ізольованої АГ залежно від систолічного АТ.

У нашої пацієнтки було встановлено помірний ступінь АГ.

Європейські керівництва рекомендують здійснювати діагностику АГ не лише за діастолічним АТ (як у наших протоколах), а й за систолічним. Крім цього, запропоновано поділяти АГ лише на 2 категорії — легку АГ (АТ від 140/90 до 159/109 мм рт. ст.) і тяжку (АТ вище 160/110 мм рт. ст.). Ці зміни внесено до останньої класифікації



МКХ (2014), яка ще не використовується в Україні (ми продовжуємо користуватися МКХ 1996 р.).

Є й інші відмінності між українськими та європейськими документами. Так, якщо АГ триває більше 42 днів після пологів, ми виставляємо діагноз «хронічна АГ», якщо менше 42 днів — «гестаційна АГ». У Європі для рекласифікації АГ потрібно 6 тижнів, удвічі менше, ніж в Україні.

Ще однією серйозною зміною є рівень протеїнурії для діагностики поєднаної прееклампсії. Тобто, якщо для нашого протоколу цей рівень є однаковим незалежно від виду екламписії (поєднана чи ні), то в Європі, щоб поставити діагноз поєднаної прееклампсії, рівень білка в сечі повинен бути в 10 разів вищим — не 0,3, а 3 г/л.

Наступним пунктом постановки діагнозу АГ вагітних, що відсутній у нашому наказі, є оцінка сумарного ризику ускладнень. У Наказі МОЗ №384 є перелік основних факторів ризику (вік, статус курця, дисліпідемія, рівень глюкози в крові, абдомінальне ожиріння, серцево-судинна патологія у родичів першого ступеня спорідненості). Цей наказ регламентує врахування віку родичів, у якому вони перенесли серцево-судинні захворювання і який має вплив на спадковий анамнез пацієнтки, — чоловіки до 55, жінки — до 65 років.

Оцінка ступеня ураження органів-мішеней загалом співпадає з такою для діагностики стадій АГ, тобто враховуються гіпертрофія лівого шлуночка, ознаки ураження стінок судин, рівень мікроальбумінурії і підвищення концентрації креатиніну.

Для оцінки ризику необхідно знати про наявність супутніх захворювань — цукровий діабет, цереброваскулярні порушення, захворювання серця, нирок, оклюзійні ураження артерій і ретинопатія.

У нашому випадку факторами ризику (всього 4) для пацієнтки були тютюнопаління, абдомінальне ожиріння, гіпертрофія лівого шлуночка серця, а також АГ і інсульт у її матері.

При стратифікації ризик для жінок поділяється на 4 категорії: низький (<15%), середній (15–20%), високий (20–30%) і дуже високий (>30%) ризик 10-річної ймовірності серцево-судинних ускладнень (фатальних і не фатальних). У нашої пацієнтки мав місце високий ризик розвитку додаткових серцево-судинних ускладнень (20–30%).

У 9 тижнів вагітності наша пацієнтка стала на облік і регулярно відвідувала діагностичний центр. На жаль, лікар не провів профілактику прееклампсії згідно з наказом. Проте найбільший рівень АТ без антигіпертензивної терапії у пацієнтки становив 159/90 мм рт. ст. Білка в сечі не було. На 22 тижні вагітності була виявлена анемія легкого ступеня, скоригована прийомом препаратів заліза, а наприкінці вагітності — гестаційний діабет, що був скомпенсований дієтою.

Приводом для госпіталізації вагітних з АГ можуть стати як акушерські, так і терапевтичні показання. Серед акушерських — прееклампсія, відшарування нормально розташованої плаценти, затримка росту і дистрес плода, загроза передчасних пологів. Серед терапевтичних — прогресування АГ, гіпертензивні кризи, зміни очного дна, порушення мозкового кровообігу, порушення функції нирок тощо.

Нашу пацієнтку було госпіталізовано до стаціонару у 22 тижні зі скаргами на кашель, різку задишку і відчуття браку повітря. Скарги виникли раптово. Було виявлено зниження насичення крові киснем, при аускультативній легенів — вологі хрипи у нижніх відділах. Диференційна діагностика проводилася із тромбоемболією легеневої артерії. Виключити цей діагноз нам допоміг рівень D-димеру, який відповідав нормі для вагітних. Поставлено діагноз: гостра серцево-судинна недостатність, набряк легенів, серцева недостатність 2 стадії. Оскільки у пацієнтки мало місце підвищення температури тіла, підозрювали середньодольову правосторонню пневмонію за рахунок інфекційного загострення на фоні хронічного обструктивного захворювання легенів. Пацієнтка перебувала у відділенні інтенсивної терапії об-

ласної лікарні. Після лікування антикоагулянтними і антибактеріальними препаратами протягом 5 днів стан жінки суттєво покращився. Пацієнтка категорично відмовилася від подальшого перебування у стаціонарі і була виписана додому.

На 28 тижні вагітності пацієнтку було знову госпіталізовано із загрозою передчасних пологів. У стаціонарі проведено профілактику респіраторного дистрес-синдрому, збільшено дозу гестагенів для збереження вагітності, після чого у задовільному стані жінку виписано.

До перинатального центру пацієнтка потрапила з таким діагнозом: 3 вагітність, 37 тижнів, екстракорпоральне запліднення, тазове передлежання плода. Рубець на матці після консервативної міомектомії. Гіпертонічна хвороба II стадії, 1 ступеня, високого ризику, гіпертензивне серце. Серцева недостатність I ст., функц. клас 2. Цукровий діабет. Анемія. Аутоімунний тиреоїдит. Гіпотиреоз у стадії компенсації. Хронічне обструктивне захворювання легень I стадії. Ожиріння 3 ст.

Перинатальний ризик був дуже високим, тому пацієнтка народжувала у стаціонарі III рівня.

При ретроспективному розгляді цього клінічного випадку ми ставили собі запитання: а чи варто взагалі було цій жінці вагітніти і виношувати вагітність? Чи могли репродуктологи обрати іншу тактику стосовно пацієнтки? Виходячи з нормативної бази України, протипоказаннями для вагітності є тільки АГ III стадії, III ступеня і злоякісний перебіг гіпертензії. Тобто, наша пацієнтка у I триместрі гестації протипоказань до виношування вагітності не мала. Якщо розглянути показання до переривання вагітності на пізніх термінах (12–22 тижні), то до них належать: злоякісний перебіг АГ, розшаровуюча аневризма аорти, гострі порушення мозкового чи коронарного кровообігу і ранній початок прееклампсії, що не підлягає інтенсивній терапії. Зрозуміло, що наша пацієнтка всього цього змогла уникнути і змогла виношувати вагітність далі.

До нашої клініки пацієнтка вперше потрапила у 37 тижнів вагітності. За-





мислимося, якою ж мала б бути правильна тактика ведення цієї пацієнтки від початку вагітності.

Основною метою під час вагітності є не лікування АГ, а попередження розвитку поєднаної преєклампсії. Виходячи з Наказу МОЗ №676 (2004), потрібно призначати аспірин дозою 60–100 мг/добу від 20 тижня вагітності, препарати кальцію дозою 1,5–2 г/добу від 16 тижня вагітності. Рекомендації щодо включення до раціону морепродуктів з високим вмістом поліненасичених жирних кислот не мають доказової бази. У Наказі МОЗ №417 (2011) перелічено фактори ризику преєклампсії, на які слід звернути увагу при взятті жінки на облік, — гіпертензивні порушення при попередніх вагітностях, аутоімунні порушення, патологія нирок, цукровий діабет, хронічна АГ, підвищений індекс маси тіла, вік більше 40 років. Існує ще один важливий пункт — це наявність преєклампсії у матері пацієнтки.

Необхідно звернути увагу на те, що від 2011 р. змінюється дозування і терміни вагітності щодо початку прийому аспірину. Так, доза аспірину за наявності факторів ризику становить 75 мг, а термін, з якого потрібно розпочинати його прийом, становить 16 тижнів.

За Наказом МОЗ №384 від 2012 р. доза аспірину для профілактики преєклампсії становить 75–100 мг, а початок його прийому зсувається ще раніше — від 14 тижнів вагітності і до пологів. Більш раннє призначення аспірину відповідає європейській практиці (від 12 тижнів). Згідно з європейськими рекомендаціями виділяють дві групи факторів ризику розвитку преєклампсії: високого і помірного. Група факторів високого ризику співпадає із факторами ризику, наведеними у Наказі МОЗ №417 (гіпертензивні порушення при попередніх вагітностях, хронічна патологія нирок, аутоімунні порушення, цукровий діабет і хронічна АГ). Група факторів помірного ризику розвитку преєклампсії включає: першу вагітність, вік старше 40 років, перерву між вагітностями більше 10 років, надмірну масу тіла (ІМТ 35 кг/м², що відповідає другому ступеню ожирін-

ня), сімейний анамнез преєклампсії і багатоплідну вагітність.

Наша пацієнтка мала набір факторів ризику, що обґрунтовували призначення їй аспіринопрофілактики.

Для раннього виявлення приєднання поєднаної преєклампсії необхідне ретельне спостереження за вагітною. При цьому необхідна кратність візитів вагітної до акушера-гінеколога абсолютно не співпадає з регламентованою у Наказі №417 МОЗ. Тобто, до 20 тижня візити вагітної з АГ мають здійснюватися із частотою 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів — 1 раз на 2 тижні, а після 28 тижнів — щотижня. У ці терміни потрібно визначати протеїнурію у добовій порції сечі. Слід заохочувати вагітних до ведення щоденника самоконтролю і вимірювання АТ у домашніх умовах, аби уникнути синдрому «гіпертензії білого халата». Нормативними документами регламентовано проведення офтальмоскопії та ЕКГ тричі за вагітність, двічі — біохімічного дослідження крові і коагулограми (при першому візиті вагітної і перед пологам). Також необхідно здійснювати регулярний моніторинг стану плода.

Про наявність приєднання преєклампсії (за вітчизняними нормативами) свідчать: протеїнурія >0,3 г/добу, прогресування гіпертензії і зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії, генералізовані набряки та інші загрозливі симптоми, що характеризують еклампсію тяжкого ступеня.

Терапевтична тактика чітко описана у наказах: при м'якій або помірній АГ антигіпертензивна терапія припиняється, при тяжкій або вторинній АГ — триває. У Наказі МОЗ №1028 (2014) є вимога до виробників антигіпертензивних засобів: внести зміни до інструкцій таких груп препаратів — інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) і блокаторів рецепторів ангіотензину II. Тобто, якщо раніше у наших протоколах було написано, що антигіпертензивні препарати цих груп протипоказані під час вагітності, то згаданий наказ зобов'язує фармвиробників вказати, що лікарський засіб не повинен застосовуватися вагітними або жінками, які планують завагітніти. Якщо під час лікування



цим засобом підтверджується вагітність, його застосування необхідно негайно припинити і замінити іншим лікарським засобом, дозволеним до застосування у вагітних.

Щодо критеріїв призначення антигіпертензивної терапії, то, згідно з вітчизняними документами, орієнтація здійснюється на діастолічний АТ (починаючи від рівня вище 100 мм рт. ст.), при ізольованій систолічній АГ орієнтуються на систолічний АТ (починаючи від рівня вище 150 мм рт. ст.). Європейська асоціація кардіологів (2013) рекомендує орієнтуватися на діастолічний і систолічний АТ. Критерії застосування антигіпертензивної терапії: АТ >150/95 мм рт. ст., але для певної категорії жінок ці показники є нижчими: від 140/90 мм рт. ст. До цієї категорії належать жінки, в яких гестаційна АГ поєднується з протеїнурією, вагітні з поєднаною прееклампсією, субклінічними ураженнями органів (II стадія гіпертензії), або пацієнтка скаржиться на симптоми (головний біль та ін.) на будь-якому терміні вагітності. Таким пацієнткам антигіпертензивна терапія призначається раніше, ніж вказано у протоколах.

У нашої пацієнтки АТ становив 140/100 мм рт. ст., і мала місце II стадія АГ, тому, коли вона потрапила до клініки, їй було призначено антигіпертензивні препарати.

Стосовно немедикаментозних засобів лікування (їх застосування згадується у Наказі №636 і в усіх сучасних керівництвах), то не потрібно обмежувати вживання вагітними кухонної солі і рідини, знижувати надмірну масу тіла під час вагітності, якщо вона вже була на початку вагітності, і не слід рекомендувати фізичні навантаження. Усі ці рекомендації стосуються невагітних жінок. Щоправда, останні рекомендації ВООЗ обмежують вживання кухонної солі дорослими до 5 г/добу.

У рекомендаціях з ведення інтенсивної терапії останнім часом мало що змінилось. Препаратом вибору залишається найбезпечніший препарат — метилдопа, а також ніфедипін і лабеталол, що є засобами 2 лінії. Інші препарати належать до групи додаткового вибору. Сульфат магнію при-

значається при лікуванні тяжкої прееклампсії або розвитку еклампсії для попередження або лікування судом.

У Наказі №384 детально розписана медикаментозна гіпертензивна терапія при дуже високих показниках АТ, що перевищують 170/110 мм рт. ст., одним з нових лікарських препаратів є урапідил (ебрантил), він успішно застосовується у Дніпропетровському обласному перинатальному центрі замість лабеталолу, якого в Україні немає. Для ургентного зниження АТ використовується ніфедипін. Натрію нітропрусид не застосовується через вплив на плід. Сульфат магнію застосовують для профілактики судом.

У тактиці розродження останнім часом істотних змін не сталося. За АГ воно проводиться переважно через природні пологові шляхи, з контролем АТ, серцевої діяльності і моніторингом стану плода. Стосовно антигіпертензивної терапії існують чіткі критерії: вона призначається, коли тиск перевищує 160/110 мм рт. ст. Проте до кожного випадку слід підходити диференційовано. Важливим моментом є знеболення пологів, перевага віддається спинальній анестезії. Третій період пологів ведемо активно. Ергометрин і його похідні при АГ протипоказані.

Кесарів розтин у плановому порядку виконується дуже обмеженій групі вагітних, коли є чіткі висновки профільного спеціаліста.

Стосовно нашого клінічного випадку, пацієнтку було розроджено шляхом планового кесарева розтину у 38 тижнів вагітності за акушерськими показаннями (тазове передлежання плода, рубець на матці після міомектомії). Народилася здорова дівчинка вагою 3800 г з оцінкою за шкалою Апгар 7–7 балів. Крововтрата становила 500 мл, жінку з дитиною було виписано на 7-у добу у задовільному стані.

У післяпологовому періоді необхідно продовжувати антигіпертензивну терапію, а також надати жінці рекомендації щодо модифікації способу життя, регулярного вимірювання АТ, рівнів глюкози і холестерину в крові через високий ризик серцево-судинних ускладнень.

